

**Schatzmeister: Dr. H.S.P. Garritsen**  
Städt. Klinikum Braunschweig gGmbH  
Institut für Klinische Transfusionsmedizin  
Celler Str. 38, 38114 Braunschweig  
Telefon: 0531 / 595-3675  
Fax: 0531 / 595-3758



Bitte an E-mail: [t.schneider@skbs.de](mailto:t.schneider@skbs.de)  
oder Fax: **0531/595-3758**

## Anmeldung

**Transfusionsmedizinische Gespräche am Freitag, den 07.02.2025**

**Ort: Sparkassen-Forum am Schiffgraben  
Sparkassenverband Niedersachsen  
Schiffgraben 6-8, 30159 Hannover**

Hiermit melde ich mich zu der o. g. Veranstaltung an.

Name (Titel): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Institut: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

**Die Teilnahmegebühr beträgt 50,00 Euro**

**Überweisung bitte bis zum 07.02.2025 mit Angabe Ihres Namens und  
Transfusionsmedizinische Gespräche 2025 auf das Konto:**

**Deutsche Apo- und Ärztebank  
IBAN: DE21 3006 0601 0006 5299 17  
BIC: DAAEDEDXXX**